



STATE OF WASHINGTON
DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES

ID i Klientit:

Programi:

Kemi nevojë për informacionin e mëposhtëm për të përcaktuar nëse kualifikoheni për _____:

Nëse keni nevojë për ndihmë ose ju nevojitet më shumë kohë për të paraqitur ndonjë prej këtyre elementëve, ju lutemi më telefononi në _____.

Mos paraqitja e informacionit të kërkuar më sipër mund të rezultojë refuzimin e kërkesës tuaj për ndihmë.

Zyra e Shërbimeve për Komunitetin

Numri i telefonit: _____